

Національний Університет
“КИЄВО-МОГИЛЯНСЬКА АКАДЕМІЯ”
Школа охорони здоров’я

Є. М. Орел

“ВСТУП ДО ЕКОНОМІКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я”
методичні матеріали

Для магістерських програм спеціальності “Менеджмент в охороні здоров’я”
Напрямок підготовки “Менеджмент організацій”

Вступ до економіки охорони здоров'я: навчально-методичні матеріали. Для магістерських програм спеціальності “Менеджмент в охороні здоров'я”. Напрямок підготовки: “Менеджмент організацій” / Укл. Орел Є.М. – К.: НаУКМА, 2005. 30 с.

Укладач

Орел Євгеній Миколайович
канд. екон. наук, доцент

Рецензенти:

Л. В. Пан, канд. екон. наук, доцент

І.М. Грига, канд. мед. наук, доцент

Курс розроблено з урахуванням
методичних основ навчального модулю
“Економічний аналіз систем охорони здоров'я”,
що його викладають у Програмі
“Магістр охорони громадського здоров'я”
в Університеті м.Маастріхт, Нідерланди

Затверджено до друку Вченою радою НаУКМА

Протокол № __ (__) від __.__.05 р.

ЗМІСТ

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КУРСУ	4
ВИДИ РОБІТ	6
МАТЕРІАЛИ ДО СЕМІНАРІВ	8
Семінар 1. Принципи ринкової економіки в контексті охорони здоров'я	8
Семінар 2. Попит у сфері охорони здоров'я	10
Семінар 3. Пропозиція в сфері охорони здоров'я та ефективність виробництва. Ефективність і справедливість (efficiency and equity)	11
Семінар 4. Фінансування охорони здоров'я	13
Семінар 5. Основи медичного страхування. Види програм медичного страхування	14
Семінар 6. Конкуренція в сфері охорони здоров'я	16
Семінар 7. Оплата медичних послуг	18
Семінар 8. Економічна оцінка в сфері охорони здоров'я	20
Семінар 9. Економіка охорони здоров'я в практичному застосуванні	22
Семінар 10. Резюме курсу “Вступ до економіки охорони здоров'я – І”	24
ІСПИТОВИЙ ТЕСТ (зразок)	26

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КУРСУ

Анотація курсу: Курс “Вступ до економіки охорони здоров’я” є обов’язковим для студентів магістерської програми 1 року навчання Школи охорони здоров’я НаУКМА. Читається як окремий модуль протягом 3 тижнів у 2-му триместрі. Ставить за мету опанування категоріями, принципами та методами економічної теорії в їх застосуванні до аналізу охорони здоров’я як системи.

Мета курсу: опанування категоріями, принципами та методами економічної теорії в їх застосуванні до аналізу охорони здоров’я як системи.

Предмет курсу: ефективне використання обмежених ресурсів для задоволення безмежних людських потреб в послугах системи охорони здоров’я.

Змістовні модулі: охорона здоров’я і ринкові відносини; попит і пропозиція стосовно послуг охорони здоров’я; фінансування охорони здоров’я; конкуренція в системі охорони здоров’я; економічна оцінка в системі охорони здоров’я; фармацевтична галузь; економічний аспект шкідливих звичок та ризикованої поведінки; економічний аспект найнебезпечніших хвороб.

Завдання курсу:

- Визначення економічного аспекту організації системи охорони здоров’я;
- Вивчення студентами основних економічних категорій, що їх застосовують при аналізі систем охорони здоров’я
- Економічна оцінка окремих сторін діяльності системи охорони здоров’я.

Передбачається, що по закінченні курсу студенти будуть спроможні:

- Визначати економічні аспекти проблем системи охорони здоров’я;
- Визначати пріоритети у вирішенні економічних проблем системи охорони здоров’я;
- Застосовувати економічні категорії в процесі порівняння альтернативних систем охорони здоров’я.

Місце у структурно-логічній схемі. Курс “Вступ до економіки охорони здоров’я” є нормативною дисципліною в плані професійної підготовки магістрів з менеджменту організацій охорони здоров’я. Курс читається як окремий 3-тижневий модуль після вивчення курсів “Методологія та організація наукових досліджень”, “Епідеміології, оцінювання детермінант здоров’я та втручань в охороні здоров’я”, а також “Аналізу політики охорони здоров’я”. Даний курс становитиме економіко-теоретичний фундамент для вивчення, перш за все, дисципліни “Економіка охорони здоров’я – 2”, а також дисциплін “Фінансовий менеджмент”, “Підвищення якості та професіоналізм в охороні здоров’я” та “Менеджмент організацій охорони здоров’я”.

ВИДИ РОБІТ

Всього передбачено для опрацювання протягом курсу 11 тем. З них 8 буде розглянуто на лекціях, решта виноситься на самостійне вивчення. Всі 11 тем розглядатимуться на 10 семінарах. Можливим вбачається використання проблемно-орієнтованого навчання (problem-based learning) на основі окремо підготовлених ситуативних вправ (case studies). В такому випадку вважається за доцільне, щоб студенти були ознайомлені з проблемними ситуаціями до початку семінарських занять.

Самостійна робота полягає в ознайомленні з необхідними інформаційними джерелами, опрацюванні матеріалу та пошуку відповідей на навчальні завдання, що їх було поставлено під час виконання 2-го етапу семінарського заняття. До самостійної роботи відноситься також підготовка студентами презентацій з тем, що їх запропоновано викладачем або узгоджено з ним.

Теми презентацій (орієнтовний перелік):

- Застосування методу аналізу “витрати-ефективність” (cost-effectiveness analysis)
- Застосування методу аналізу “витрати-вигоди” (cost-benefit analysis)
- Застосування методу аналізу “витрати-корисність” (cost-utility analysis)
- Система обов’язкового соціального медичного страхування в Німеччині
- Керована медична допомога (managed care)
- Еталонна конкуренція (yardstick competition)
- Криза системи медичного обслуговування в США?
- Основні економічні проблеми системи охорони здоров’я в Україні
- Економічні питання фармацевтичної індустрії

Примітка: Назву теми може бути змінено за згодою з викладачем.

Презентації проводяться на семінарах 8 та 9. Бажаним є застосування PowerPoint та роздаткових матеріалів. Для підготовки презентації можна використовувати рекомендовану та додаткову літературу: переважно первинні та вторинні джерела. З джерел літератури використовуються переважно первинні (монографії, публікації в академічних журналах, особливо тих, що рецензують статті, тези конференцій, дисертації,

автореферати) та вторинні (збірки публікацій, підручники, енциклопедії, бібліографічні збірки, словники, оглядові статті (статті-огляди літератури), реферативні огляди публікацій в академічних журналах, реферативні журнали). Третинними даними (професійні журнали, комп'ютерні бази даних в Інтернеті та компакт-дисках, комп'ютерні журнали) треба користуватися дуже обережно. Разом з тим, вони допомагають зорієнтуватися в літературі, розпочати пошук за посиланнями.

Не бажаним є використання даних, що отримані з газетних статей.

На останньому – 10-му – семінарі планується звітування по темі 11 (a-d) та підсумок курсу.

Після останнього семінарського заняття студенти мають скласти іспит у формі письмового тесту.

МАТЕРІАЛИ ДО СЕМІНАРІВ

Семінар 1.

Тема 1. *Принципи ринкової економіки в контексті охорони здоров'я*

Базові концепції: безмежність потреб і обмеженість ресурсів; крива виробничих можливостей; позитивні та нормативні судження.

Системи цінностей (основні теорії справедливості). Поняття попиту і пропозиції. Особливості ринкових відносин у сфері охорони здоров'я: невизначеність виникнення попиту; асиметрія інформації; локально-монопольне положення постачальників у сфері охорони здоров'я; конфлікт етичних та економічних міркувань; велике значення зовнішніх ефектів

Одним із тривіальних, але принципових, положень, на яких базується економічна теорія, є те, що людські потреби безмежні, а ресурси для їх задоволення – обмежені. Не є виключенням і потреби в здоров'ї, а також ресурси для задоволення цих потреб. На організацію охорони здоров'я в певній країні впливає система цінностей, що вони домінують в цій країні. Але в будь-якому суспільстві політика у сфері охорони здоров'я не може оминати питання витрат на організацію системи охорони здоров'я та надання послуг, навіть якщо кінцеві споживачі за ці послуги не платять безпосередньо. Крім того, застосування економічних методів до охорони здоров'я дозволяє зіставляти витрати і вигоди – загальні, середні та (найголовніше) граничні – і тим самим запобігти перевитратам коштів, якщо додаткові (граничні) витрати не спричиняють додаткові (граничні) вигоди, або, навпаки, призводять до граничних втрат. Отже, розгляд вартісних та інших економічних концепцій в контексті охорони здоров'я далеко не завжди є неетичним. В охороні здоров'я велике значення має участь третіх сторін в ринкових угодах, тому що суспільні вигоди від здорово-охоронних заходів часто перевищують приватні вигоди. Приватні агенти не беруться за здійснення не вигідних для них бізнесових дій, якщо третя сторона (як правило, держава) не відшкодовує їм різницю між суспільними та приватними вигодами.

Запропоновані джерела для опанування:

Луценко І. “Типпократ против Адама Смита”, ж-л “Корреспондент” №13 від 10 квітня 2004 р.

Drummond M, Stoddart G, Labelle R and Cushman R (1987). Health economics: An introduction for clinicians. *Annals of Internal Medicine* 107, 88-92

Getzen, TE. Health economics: fundamentals and flows of funds. New York: John Wiley and Sons. Chapter 1: The flow of funds through the health care system

Getzen, TE. Health economics: fundamentals and flows of funds. New York: John Wiley and Sons. Chapter 16: The Role of Government

Loewy EH (1980). Cost should not be a factor in medical care. *The New England Journal of Medicine* 302 (12), 697.

The World Bank. World Development Report 1993: Investing in health. Oxford University press, 1993. Chapter 3: The roles of the government and the market in health, p. 52-59.

Phelps, Charles E. Health Economics. Chapter 1

Додаткові джерела

Getzen, TE. Health economics: fundamentals and flows of funds. New York: John Wiley and Sons. Chapter 17: Public Goods and Public Health

Witter, S., Ensor, T. (1997) An introduction to health economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union. – Ch.1: pp.13-34

The Economics of Health Care – WB manual

Gavin Mooney / Economics, Medicine and Health Care // Second Edition.

Gavin Mooney 1986, 1992 – Section 2.1: Resource allocation problems, pp.5-10

Контрольні запитання до семінару 1

- Чи правомірним є застосування економічної теорії до сфери охорони здоров'я?
- В чому полягають особливості ринкових відносин у сфері охорони здоров'я?
- Що таке суспільні блага і як вони пов'язані зі сферою охорони здоров'я?
- Що таке зовнішні ефекти (екстерналії) і як вони пов'язані зі сферою охорони здоров'я?

Семінар 2.

Тема 2. Попит у сфері охорони здоров'я

Споживацький попит на здоров'я: потреби; попит; еластичність попиту. Попит на здоров'я як капітал. Похідний попит на послуги охорони здоров'я. Плата за послуги у сфері охорони здоров'я. Інвестиції в здоров'я. Часові переваги. Попит, що його створює пропозиція (supplier-induced demand – SID)

В економічній теорії попит визначається як бажання і можливість придбати певну кількість товару (послуги) за різними рівнями цін протягом певного періоду часу. В економіці охорони здоров'я аналіз попиту має за мету визначити фактори, що вони є найбільш впливовими на поведінку споживачів і визначають обсяг послуг, що їх пацієнти бажають та можуть придбати. Проте, існують погляди, що політика у сфері охорони здоров'я має базуватися не на платоспроможності пацієнтів, а – на їх потребах. Проте, орієнтація лише на потреби призводитиме до необґрунтованого розподілу ресурсів. На що саме існує попит у сфері охорони здоров'я? На здоров'я (health) чи на послуги охорони здоров'я (health care)? Фактично, купувати можна не здоров'я, а – послуги охорони здоров'я. Проте, послуги не потрібні самі по собі. Вони потрібні для покращення стану здоров'я. Отже, якщо припустити, що існує споживчий попит (consumer demand) на здоров'я як на кінцевий продукт, то попит на послуги охорони здоров'я суть похідний попит (derived demand). У зв'язку зі значною асиметрією інформації виникає можливість створення попиту агентом пропозиції (SID – supplier-induced demand).

Запропоновані джерела для опанування:

Folland, S.: The economics of health and health care. – Ch.2, pp.20-46

Feldstein: Ch.5 – The Demand for Medical Care.

І. Даценко “За зубами на Восток”, ж-л “Корреспондент” №9 від 13 бер. 2004 р.

Mooney G, (1994). Key issues in health economics. New York: Harvester Wheatsheaf. Ch.7: Does SID exist? And is it the right question? p.104-112

Phelps: Induced demand

Додаткові джерела:

Folland, S.: The economics of health and health care. – Ch.4-8

Wagstaff, A. (1986) The demand for health: some new empirical evidence. Journal of Health Economics 3, p.195-233

The Economics of Health Care – WB manual

Gavin Mooney / Economics, Medicine and Health Care // Second Edition.
Gavin Mooney 1986, 1992 – Section 2.2: Supply and demand: the market, pp.
10-14

Контрольні запитання до семінару 2

- В чому суть понять попиту і пропозиції?
- Як співвідносяться поняття потреб і попиту в контексті здоров'я та охорони здоров'я?
- Чому попит на послуги охорони здоров'я називається похідним?
- Як впливають часові переваги на попит на послуги охорони здоров'я?

Семінар 3.

Тема 3. Пропозиція в сфері охорони здоров'я та ефективність виробництва

Тема 4. Ефективність і справедливість (efficiency and equity)

Виробництво здоров'я. Пропозиція. Еластичність пропозиції.

Витрати виробництва: мінімізація витрат; економія масштабу (economies of scale); економія спеціалізації (economies of scope).

Ефективність виробництва: алокативна ефективність (allocative efficiency); технічна ефективність (technical efficiency); дистрибутивна ефективність (distributive efficiency).

Справедливість і рівність. Конфлікт ефективності та справедливості. Вертикальна справедливість/рівність.

Горизонтальна справедливість/рівність

Природні монополії виникають внаслідок дії ефекту масштабу, тобто досягнення мінімальних середніх витрат за такими обсягами виробництва, коли один надавач забезпечує всіх споживачів і, отже, виступає монополістом на ринку послуг охорони здоров'я. Ефект спеціалізації досягається в тому випадку, коли оптимально поєднуються спеціалізація та диференціація, даючи при цьому мінімальні середні витрати. Поняття equity в соціальному контексті не має прямого еквіваленту в українській мові. Застосовується або рівність, або справедливість. Нами обрано “справедливість”, тому що воно не нагадує про зрівнялівку.

Справедливість далеко не завжди співіснує з ефективністю, тому що справедливість пов'язана не з витратами, а – з урахуванням “природних прав людини” (за Локке). А саме – з правом на життя, здоров'я, власність тощо. Розрізняють вертикальну справедливість (vertical equity) та горизонтальну справедливість (horizontal equity). Вертикальна

справедливість передбачає, наприклад, застосування різних методів лікування відповідно до різних ступенів захворювання та різних обставин. З (соціально-)економічної точки зору вертикальна справедливість означає, що більш платоспроможні особи мають платити більше (податків), в той час як ті особи, що більше потребують допомоги (наприклад, у вигляді субсидій) мають і отримувати їх більше. Горизонтальна справедливість передбачає однакове лікування осіб, що вони знаходяться в однакових умовах та мають одні й ті ж самі діагнози. З економічної точки зору – люди з однаковими можливостями мають платити податки в однакових обсягах. Те ж саме відповідно стосується однакових потреб та ступеня їх задоволення.

Запропоновані джерела для опанування:

Folland, S.: The economics of health and health care. – Ch.10: pp.202-205

Evans, T., et al Challenging inequities in health, Ch.3: Ethical Dimensions of Health Equity, pp.25-33

World Bank, Health Sector Reform and Sustainable Financing: Introduction to the Concepts and Analytical Tools.

(http://www.worldbank.org/wbi/healthflagship/dl_contents.html)

Folland, S.: The economics of health and health care. – Ch.4: pp.73-76; Ch.5: pp.101-112

Folland, S.: The economics of health and health care. – Ch.17: pp.73-76; Ch.5: pp.101-112

Wagstaff, A. et.al. (1999), Equity in the finance of health care: some further international comparisons. Journal of Health Economics 18, p.263-290

Додаткові джерела:

The Economics of Health Care – WB manual

Контрольні запитання до семінару 3

- Що означає термін “виробництво здоров'я”?
- Поняття “пропозиція” в контексті охорони здоров'я.
- Чому в сфері охорони здоров'я ми говоримо про попит, що його створює пропозиція (supplier-induced demand – SID)?
- Що означає поняття справедливість/рівність в контексті охорони здоров'я?

- Чи існують шляхи подолання конфлікту ефективності та справедливості? (Приклади.)
- Що означає вертикальна справедливість/рівність?
- Що означає горизонтальна справедливість/рівність?

Семінар 4.

Тема 5. Фінансування охорони здоров'я

Загальний бюджет. Постатейний бюджет. Гонорар за послугу. Оплата на душу населення. Фінансування в розрахунку на душу населення. Джерела фінансування витрат на охорону здоров'я: оплата готівкою (out-of-pocket payments); оплата роботодавцем за своїх працівників (employer's payments). Збирання ризику (risk-pooling): уряд, регіональна громада, професійна громада, медичне страхування, допомога іноземних донорів, інші джерела (напр., пожертвування). Організаційні системи фінансування витрат на охорону здоров'я: збір податків, соціальне страхування, оплата пацієнтами: участь у витратах (co-payment), участь у здійсненні видатків, що вони пов'язані із страхуванням (co-insurance), відрахування (deductibles), оплата послуг безпосередньо готівкою (out-of-pocket payments). Інші джерела: зарубіжні донори, НДО, спадщина, інше.

Запропоновані джерела для опанування:

Evans, T., et al Challenging inequities in health, Ch.18: Health Care Financing: Its Relationship to Health Equity, pp.261-275

Witter, S., Ensor, T. (1997) An introduction to health economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union. – Ch.2: pp.35-57

Folland, S.: The economics of health and health care. – Ch.17

World Bank, Health Sector Reform and Sustainable Financing: Introduction to the Concepts and Analytical Tools.

(http://www.worldbank.org/wbi/healthflagship/dl_contents.html)

Додаткові джерела:

Солоненко Н. Вплив методів оплати надавачів медичних послуг на стримування росту витрат управління медичною допомогою та її якість // Вісник УАДУ. – 1998. - №2. – с.203-210

Солоненко Н. Оптимізація методів оплати надавачам медичних послуг у контексті перебудови охорони здоров'я в Україні // Вісник УАДУ. – 1999. - №4. – с.392-400

Doorslaer, E. et.al. (1999), The redistribution effect of health care finance in twelve OECD countries. Journal of Health Economics 18, p.291-313

The Economics of Health Care – WB manual

Контрольні запитання до семінару 4

- Які існують джерела фінансування витрат на охорону здоров'я?
- Які існують методи збирання ризику (risk-pooling)?
- Які існують систем фінансування витрат на охорону здоров'я? В чому полягає суть цих систем?

Семінари 5.

Тема 6. *Основи медичного страхування*

Тема 7. *Види програм медичного страхування*

Методи покриття ризику: заощадження, благодійність, приватне медичне страхування, соціальне страхування. Роль “третьої сторони” в справі покриття ризику. Основні проблеми страхування: страхове зловживання (moral hazard), упереджений відбір (adverse selection). Шляхи подолання страхового зловживання та упередженого відбору: співплатежі (co-payment), співстрахування (co-insurance). Зменшення розміру страхових премій на наступний період за умови зниження рівня використання страхового покриття в поточному періоді

Страхування, що пов'язане з зайнятістю (наявністю роботи, самозайнятістю): Програми медичного страхування, в основі яких знаходяться платежі, що їх здійснюють роботодавці (Employment-based health insurance plans); Програми медичного страхування, в основі яких знаходяться платежі, що їх здійснюють самонаймані працівники (Self-employed health insurance plans). Урядові програми страхування: Medicare, Medicaid. Керований догляд (Managed care). Health maintenance organization. Preferred provider organization

Страхування передбачає запобігання ризику можливої втрати великої суми грошей в обмін на регулярні платежі в порівняно невеликих (навіть незначних) сумах. Основні проблеми страхування взагалі та медичного страхування зокрема – це страхове зловживання та упереджений відбір.

Страхове зловживання (moral hazard) означає загальну тенденцію до надмірного використання послуг, якщо вони вже покриті страховим полісом. Упереджений відбір (adverse selection) означає, з одного боку, намагання страхових компаній залучити до своїх програм осіб з якнайкращим станом здоров'я, що дасть підстави сподіватися на незначне використання ними страхового покриття. З іншого боку, особи з великим ризиком захворювання (а значить і більшого використання покриття) демонструють більшу схильність до придбання страхового полісу, в той час як особи з незначним ризиком або купують найдешевший страховий поліс, або не купують його взагалі. Цим підриваються основи страхового бізнесу. Для запобігання страховому зловживанню використовують різні методи, наприклад, співучасть пацієнтів у платежах починаючи з певного дня перебування в лікарні, штрафи за необґрунтований виклик швидкої допомоги тощо. Для запобігання упередженому відбору створені програми колективного страхування та державного соціального страхування. В останні роки в Україні на різних рівнях ведеться дискусія щодо обов'язкового медичного страхування з участю робітників та роботодавців.

Запропоновані джерела для опанування:

- Light DW. (1992). The practice and ethics of risk-related health insurance. JAMA 267 (18), p. 2503-2508
- Pavcnik, N. (2000), Do pharmaceutical prices respond to insurance? NBER Working paper 7865.
- Manning, W., et al., (1987) Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomised experiment, American Economic Review 77, p.251-277
- Ellis, R.P. and T.G. McGuire, (1993) Supply-side and demand-side cost sharing in health care. Journal of Economic Perspectives, 7, pp. 135-151.
- Getzen, TE. Health economics: fundamentals and flows of funds. New York: John Wiley and Sons. Chapter 3: Insurance
- Getzen, TE. Health economics: fundamentals and flows of funds. New York: John Wiley and Sons. Chapter 4: Health Insurance Contracting and Flow of Funds
- Getzen, TE. Health economics: fundamentals and flows of funds. New York: John Wiley and Sons. Chapter 10: Managed Care

Додаткові джерела:

Gruber, J., McKnight, R. (2003) Why did employee health insurance contribution rise? *Journal of Health Economics* 22 (2003) 1085-1104
Arrow K (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53 (5), p. 841-933 (Chs. IV B: The theory of ideal insurance, C: Problems of insurance)
Ehrlich, I., Becker, G. (1972) Market Insurance, Self-Insurance, and Self-Protection. *The Journal of Political Economy*, Vol.80, No.4 (Jul.-Aug. 1972), 623-648
Glied, S. (1999), *Managed Care*, NBER Working Paper 7205
The Economics of Health Care – WB manual

Контрольні запитання до семінару 5

- В чому полягає роль “третьої сторони” в справі покриття ризику?
- Які існують шляхи подолання страхового зловживання (moral hazard) та упередженого відбору (adverse selection)?
- В чому суть програм страхування, які пов’язані із зайнятістю та само-зайнятістю?
- Які є спільні та відмінні риси урядових програм страхування Medicare та Medicaid?
- Що таке керований догляд (Managed care)?
- В чому суть “організацій підтримки здоров’я” (Health maintenance organization) та “організацій переважного провайдера” (Preferred provider organization)?
- Чи є необхідність і, відповідно, перспективи впровадження в Україні обов’язкового державного соціального медичного страхування?

Семінар 6.

Тема 8. Конкуренція у сфері охорони здоров’я

Моделі ринку: Чиста конкуренція, Монополія, Олігополія, Монополістична конкуренція. Цінова дискримінація. Конкуренція та суперництво (competition and contestability). Еталонна конкуренція (yardstick competition).

З економічної теорії відомими є чотири основні моделі ринку. Чиста конкуренція, монополія (чиста монополія), олігополія та монополістична конкуренція. Ринок послуг охорони здоров’я може відповідати різним моделям (в тому числі можуть виникати і проміжні варіанти) в залежності від галузі, доступності для пацієнтів, організації медичного обслуговування в цілому в країні, економічної моделі, що її обрала та чи

інша країна тощо. Економісти доводять, що в загальному випадку конкуренція сприяє покращенню добробуту суспільства. Проте, у сфері охорони здоров'я конкуренція далеко не завжди можлива. Одна річ – ринок стоматологічних послуг у великому місті. Тут спостерігається або олігополія, або монополістична конкуренція. Інша річ – наявність однієї лікарні, що вона монополічно обслуговує потреби мешканців, наприклад, декількох сусідніх сіл. Проте, економісти вважають, що суспільство матиме вигоду, якщо матиме місце суперництво (contestability), навіть за відсутності конкуренції. Крім того, існує поняття “еталонної конкуренції” (yardstick competition), за якою відбувається фінансування саме того закладу (підприємствами), що він запропонував найнижчі витрати порівняно з іншими закладами. Відбір постачальника послуг охорони здоров'я на основі конкурсу сприяє вибору найоптимальнішого варіанту забезпечення суспільства цими послугами. Проте, залишається не завжди визначеним, які конкретно форми конкуренції слід заохочувати в тих чи інших умовах.

Запропоновані джерела для опанування:

- Dranove D and WD White (1994). Recent theory and evidence on competition in hospital markets. *Journal of Economics and Management Strategy*, 3, (1) pp. 169-209
- Shleifer, A. (1985). A theory of yardstick competition. *Rand Journal of Economics*. 16 (3), 319-327.
- Dawson, D., Goddard, M. and Street, A. (2001). Improving performance in public hospitals: A role for comparative costs? *Health Policy* 57 (3), pp. 235-248

Додаткові джерела:

- Sussex, J. (1998). Competition and contestability between acute hospitals. London: Office of Health economics.
- Kessler, D.P. and McClellan, M.B. (1999). Is hospital competition socially wasteful?. NBER Working paper 7266.
- The Economics of Health Care – WB manual
- Broomberg, J. (1994). Managing the health care market in developing countries: process and problems. *Health Policy and Planning* 9 (3), 237-251.

Контрольні запитання до семінару 6

- В чому різниця між основними моделями ринку: чиста конкуренція, монополія, олігополія, монополістична конкуренція?
- Як проявляється цінова дискримінація в сфері охорони здоров'я?
- Приклади конкуренції та суперництва (competition and contestability) в системі охорони здоров'я.
- Що таке “еталонна конкуренція” (yardstick competition)?

Семінар 7

Тема 9. Оплата медичних послуг

Оплата амбулаторно-поліклінічної допомоги. Переваги і недоліки кожного з наведених методів оплати: на основі кошторису, за окремі послуги, за надані послуги згідно з бальною шкалою, за кожного пролікованого хворого, згідно з нормативом кількості людей, що їх закріплено за окремими лікарями або поліклініками. Оплата стаціонарної допомоги. Переваги і недоліки кожного з наведених методів оплати: на основі кошторису, за окремі послуги, за кількість ліжко-днів, за кожного пролікованого хворого, за кількість завершених випадків госпіталізації, на основі глобального бюджету.

Існує декілька методів оплати медичних послуг. Кожен має достоїнства та недоліки. Оплата згідно з кількістю послуг – дає можливість оцінити зусилля постачальника послуг. *Проте*, вона призводить до витратної інфляції (cost inflation), служить анти-стимулом щодо системи направлення до лікарів-спеціалістів, а також стимулює надмірне надання послуг, часом навіть непотрібних. Оплата згідно з кількістю випадків хвороби (per case) – найбільш придатна для т.зв. діагностично-споріднених груп (ДСГ, DRG – diagnostically-related group). Винагорода постачальника найбільш пов'язана з обсягами послуг, що їх надає постачальник. Дана система оплати створює стимули для мінімізації використання ресурсів в розрахунку на одного пацієнта. *Проте*, виникають труднощі стосовно “підгонки” схожих випадків захворювання в одну ДСГ, що деколи призводить до помилок при визначенні діагнозу. Крім того, постачальник послуг має стимул до навмисно неправильного діагностування з метою збільшити кількість одиниць у ДСГ. Оплата на основі кількості людей, що їх обслуговує постачальник (capitation-based payment system) – система проста з точки зору визначення бази для оплати. Немає необхідності визначати кількість послуг та доводити обґрунтованість наповненості ДСГ. Тим самим полегшується складання кошторису, бюджетне планування. Стимулюється зменшення витрат на

лікувальні та інші заходи. Дозволяє пацієнту вимагати якіснішого обслуговування, особливо, якщо пацієнт має вибір постачальника медичних послуг. *Проте*, система може стимулювати недостатнє (та неякісне) лікування одного пацієнта заради того, щоб залучити додаткового пацієнта. Стимулюється надмірне направлення до лікарів-спеціалістів навіть у тих випадках, коли проблему можна вирішити на місці. Стимулюється вибір менш хворих пацієнтів та уникнення серйозно хворих, тому що останні потребуватимуть більше часу і зусиль. Ускладнюється можливість оцінки якості діяльності постачальника медичних послуг. Оплата на основі заробітної платні – адміністративно найпростіша система, тому що оплата здійснюється на основі відпрацьованого часу (годин, днів тощо). Цим значно спрощується бюджетне планування. *Проте*, за такої системи створюються стимули до неякісного та неповноцінного обслуговування пацієнтів. Система призводить до зниження продуктивності праці. Зменшується вплив пацієнтів на постачальника послуг. ОТЖЕ: кожна із систем оплати медичних послуг має свої достоїнства та недоліки. У зв'язку з цим, кожна з них може застосовуватися там, де будуть існувати умови для максимального прояву її (конкретної системи) достоїнств та для мінімізації впливу її недоліків на кількісні та якісні показники роботи постачальника медичних послуг.

Запропоновані джерела для опанування:

- Getzen, TE. Health economics: fundamentals and flows of funds. New York: John Wiley and Sons. Chapter 5: Physicians
- Getzen, TE. Health economics: fundamentals and flows of funds. New York: John Wiley and Sons. Chapter 8: Hospitals
- Dranove D and WD White (1994). Recent theory and evidence on competition in hospital markets. Journal of Economics and Management Strategy, 3, (1) pp. 169-209
- Drummond M (1989) Incentives for health care professionals, Health Services Management Research, Vol. 2 (2), pp 105-115
- Rice, T (1997) Physician payment policies: impacts and implications. Annual Review Public Health, 18: 549-565.

Додаткові джерела:

- Witter, S., Ensor, T. (1997) An introduction to health economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union. – Ch.5: pp.97-114.

Gaynor M (1994). Issues in the industrial organisation of the market for physician services. *Journal of Economics and Management Strategy*, 3, (1) pp. 211-255

Ma, C.A. (1994) Health care payment systems: Cost and quality incentives. *Journal of Economics and Management Strategy*, 3, (1) pp. 93-112.

The Economics of Health Care – WB manual

Контрольні запитання до семінару 7

- Методи оплати амбулаторно-поліклінічної допомоги та стаціонарної допомоги, їх переваги, недоліки:
- на основі кошторису,
- за окремі послуги,
- за надані послуги згідно з бальною шкалою,
- за кожного пролікованого хворого,
- згідно з нормативом кількості людей, що їх закріплено за окремими лікарями або поліклініками.

Семінар 8

Тема 10. Економічна оцінка в сфері охорони здоров'я

Аналіз “витрати-вигоди” (cost-benefit analysis – CBA). Аналіз “витрати-ефективність” (cost-effectiveness analysis – CEA). Аналіз “витрати-корисність” (cost-utility analysis – CUA).

Обмеженість ресурсів в цілому та особливо щодо системи охорони здоров'я викликає необхідність прийняття рішень стосовно раціонального використання ресурсів. Для цього потрібним є відбір із декількох альтернатив такого варіанту, що він би максимально задовольняв потреби суспільства згідно з певними критеріями. Серед останніх можуть бути: мінімізація витрат, максимізація прибутку, максимізація кількості додаткових років життя тощо. В залежності від поставлених цілей, застосовують аналіз витрати-вигоди, аналіз витрати-ефективність та аналіз витрати-корисність. Аналіз “витрати-вигоди” – це тип аналізу, що його застосовують для вимірювання чистої грошової вигоди або чистих грошових втрат, на основі різниці між вигодами та витратами або за допомогою відношення витрати/вигоди. Аналіз “витрати-ефективність” – це тип аналізу, що його застосовують для порівняння різних програм та інтервенцій, за результатами яких – за наявними ресурсами – максимізується кількість (обсяг) певного блага, або вигоди. Проте,

результативний показник подається не в грошах, а в інших одиницях виміру. Наприклад, кількість “врятованих” років життя, зменшення рівня захворюваності тощо. Аналіз “витрати-корисність” – це тип аналізу, що його застосовують для виміру благ в “корисно-зважених” або “якісно-зважених” роках (QALYs) для альтернативних програм, обираючи ту, що дає найбільше відношення корисності до витрат.

Запропоновані джерела для опанування:

Detsky AS and Naglie IG(1990). A clinicians guide to cost-effectiveness analysis. Annals of Internal Medicine 113 (2), 147-154.

Eddy DM (1992) Cost-effectiveness analysis: A conversation with my father. JAMA 267 (12), 1669-1675.

Witter, S., Ensor, T. (1997) An introduction to health economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union. – Ch.3: pp.61-80.

Додаткові джерела:

Kenkel, D. (1997), On valuing morbidity, cost-effectiveness analysis, and being rude. Journal of Health Economics 16, p. 749-757.

The Economics of Health Care – WB manual

Gavin Mooney / Economics, Medicine and Health Care // Second Edition.

Gavin Mooney 1986, 1992 – Section 2.3: Economic appraisal, pp. 14-20.

Контрольні запитання до семінару 8

- В чому суть і які є можливості застосування різних методів аналізу ефективності на основі оцінки витрат:
- Аналіз “витрати-вигоди” (cost-benefit analysis – CBA).
- Аналіз “витрати-ефективність” (cost-effectiveness analysis – CEA).
- Аналіз “витрати-корисність” (cost-utility analysis – CUA).

Семінари 9.

Теми 11-а – 11-д. Економіка охорони здоров'я в практичному застосуванні:

11-а – *Фармацевтична галузь*. Два основні питання, що хвилюють громадськість стосовно продукції фармацевтичної галузі: науково-дослідницькі роботи; ціноутворення на продукцію фармацевтичної галузі.

11-b – *Стоматологія*. Особливості стоматології як виду бізнесової діяльності

11-с – *Шкідливі звички та ризикована поведінка*. Вживання тютюну (паління, жування тощо). Зловживання алкоголем. Вживання наркотичних речовин. Економічний аспект замісної терапії в контексті споживання ін'єкційних наркотиків та алкоголізму. Ризикована поведінка молоді.

11-d – *Найнебезпечніші хвороби*. Туберкульоз (флюорографія). Рак (економічна ефективність скрінінгу). ВІЛ/СНІД (соціально-економічні наслідки та ефективність профілактичних заходів).

11-a. Фармацевтичним компаніям зачасти надаються стимули у формі патентної системи та субсидій, щоб вони здійснювали інвестиції у науково-дослідницькі роботи. Без субсидій та патентного захисту фармацевтичні компанії навряд чи робили би такі інвестиції, тому що приватні вигоди (“віддача”) від таких інвестицій значно менші, ніж суспільні вигоди. Оскільки фармацевтичним компаніям суспільство (в обличчі держави) створює такі умови, коли значна частка їхніх витрат виробництва компенсується за рахунок суспільних коштів, отже, суспільство має повне право регулювати ціни на фармацевтичні вироби.

11-b. Стоматологія – галузь, що найбільш наближена до ринкових умов. Ринок стоматологічних послуг за моделлю займає проміжне положення між олігополією та монополістичною конкуренцією. Проте, даному ринку притаманні багато які риси, що мають відношення до інших галузей охорони здоров'я: асиметричність інформації, зовнішні ефекти, цінова дискримінація тощо. Ринок стоматологічних послуг практично є неохопленим системою медичного страхування.

11-с. Вживання тютюну, зловживання алкоголем, споживання наркотичних речовин – шкідливі звички, які мають негативні соціально-економічні наслідки. До них відносяться скорочення тривалості життя, погіршення стану здоров'я і, отже, погіршення якості життя, зниження продуктивності праці, зниження рівня життя тощо. Вважається, що профілактичні заходи, що їх направлено на зміну ризикованої поведінки, дають більший позитивний ефект, ніж лікувальні заходи сфери охорони здоров'я. В той же час, витрати на профілактику шкідливих звичок та ризикованої поведінки суттєво менші, ніж на лікувальні заходи. Напевно, мають місце “провали ринку”, тобто суспільна вигода значно перевищує приватну вигоду. Крім того, невизначеною залишається ефективність економічного стимулювання здорового образу життя або запобігання ризикованої поведінки.

11-d. Витрати на флюорографію ведуть до суспільних вигод, що значно перевищують приватні вигоди. Знову – “провали ринку”. Те ж стосується витрат на скрінінг щодо визначення наявності чи відсутності злоякісних та доброякісних новоутворень. Вакцинація населення проти різних небезпечних хвороб може бути прокоментована аналогічно. Епідемії найнебезпечніших хвороб мають значні економічні наслідки: зменшення кількості населення загалом та робочої сили зокрема, зменшення обсягів виробництва загалом та продуктивності праці за рахунок зниження якості робочої сили, відповідно – зниження темпів зростання (а потім і абсолютне зниження) обсягів ВВП тощо. Не завжди зрозуміло, чи ведуть епідемії до зниження подушного обсягу ВВП. Проте, елементарна логіка підказує, що одним із факторів зменшення обсягів ВВП виступає зниження продуктивності праці за рахунок зниження якості робочої сили. Це особливо стосується таких “дорослих” хвороб, як СНІД. Менш ясною здається картина стосовно дизентерії, холери тощо.

Запропоновані джерела для опанування:

- Getzen, TE. Health economics: fundamentals and flows of funds. New York: John Wiley and Sons. Chapter 13: The Pharmaceutical Industry
- Abbott, T.A. (1996). Price regulation in the pharmaceutical industry: Prescription or placebo? *Journal of Health Economics*, 14, (5) pp. 551-565.
- Canton, E. and Westerhout, E. (1999). A model for the Dutch pharmaceutical market. *Health Economics*, 8, (5) pp. 391-402.
- Congress Budget Office (1998). How increased competition from generic drugs has affected prices and return in the pharmaceutical industry, Chapter 3. (<http://www.cbo.gov/showdoc.cfm?index=655&sequence=4>)
- Guell, R.C. (1997). Haggling for a patent: What a government would have to pay for prescription drug patents. *Health Economics*, 6 (2) pp.179-186.
- Pavcnik, N. (2000), Do pharmaceutical prices respond to insurance? NBER Working paper 7865.
- OECD (2000), Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals. Directorate for education, employment and social affairs. ([http://www.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD\(2000\)1](http://www.oecd.org/OLIS/2000DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD(2000)1))
- McAllister, Jenna M.; Gordon B.Lindsay; Ray M. Merrill; Ugo A. Perego: Cigarette smoking and stages of change among men and women in Kiev, Ukraine. – *European Journal of Public Health* 2002; 12: 302-307
- Barendregt, J. et al. (1997). The health care costs of smoking. *The New England Journal of Medicine* 337 (15), pp. 1052-1057
- Gruber, J. (2000). Risky behavior among youths: an economic analysis. NBER Working Paper 7781

Понимание социальных и экономических последствий распространения ВИЧ и СПИД в Украине. Британский Совет в Украине (www.britishcouncil.org.ua)

Messonnier, ML. et al. (1999). An ounce of prevention ... what are the returns? American Journal of Preventive Medicine 16 (3), pp. 248-263

Контрольні запитання до семінару 9

- Основні проблеми фармацевтичної галузі є предметом уваги громадськості: науково-дослідницькі роботи; ціноутворення на продукцію фармацевтичної галузі.
- В чому полягають основні особливості стоматології як виду бізнесової діяльності?
- В чому вбачається економічний аспект тютюнопаління, споживання наркотиків, зловживання алкоголем та алкоголізму?
- Чи доречно говорити про економічний ефект впливу на ризиковану поведінку молоді та інших верств населення?
- Які є соціально-економічні наслідки поширення ВІЛ/СНІДу та ефективність профілактичних заходів?

Семінар 10.

Резюме курсу “Вступ до економіки охорони здоров’я – І”

Взаємозв’язок економічного розвитку та охорони здоров’я.

Огляд літератури.

Застосування економічних концепцій та інструментів робить охорону громадського здоров’я та, зокрема, медичну допомогу такими, що вони підлягають кількісному аналізу. Економічні методи враховують рідкісність ресурсів та дозволяють більш зважено – з точки зору ефективності – зробити вибір із сукупності наявних варіантів поведінки агента (пацієнта, лікаря, лікарняної установи). Проте, окрім ефективності, у сфері охорони здоров’я має значення справедливість-рівність (equity), яка базується на ціннісних оцінках. Застосування тієї чи іншої системи цінностей відбиваються на державній політиці стосовно охорони здоров’я. У сфері охорони здоров’я як ніде проявляються недосконалості ринку: асиметрія інформації, зовнішні ефекти, обмеження стосовно вступу до ринку нових агентів пропозиції тощо. Велике значення має, яка система фінансування витрат на охорону здоров’я, а також політика в області медичного страхування. Основними методами економічного аналізу, що їх застосовують в економіці охорони здоров’я, є граничний аналіз та аналіз

попиту і пропозиції. Економічний аналіз дозволяє оцінити та проаналізувати ефективність діючого законодавства та запропонованих до нього змін, оцінити вплив попиту і пропозиції на ринок медичних послуг, оптимізувати витрати, спланувати і спрогнозувати обсяги необхідної медичної допомоги, оцінити ступінь відповідності політики критеріям справедливості-рівності (equity) тощо.

Запропоновані джерела для опанування:

Arrow K (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care.

American Economic Review 53 (5), p. 841-933 (Chs. IV B: The theory of ideal insurance, C: Problems of insurance)

Mushkin, Selma J. (1962). Health as an Investment, The Journal of Political Economy

ІСПИТОВИЙ ТЕСТ (зразок)

- 1) Основними економічними проблемами суспільства є такі:
 - a) Обмеженість потреб і обмеженість ресурсів
 - b) Обмеженість ресурсів і безмежність потреб
 - c) Безмежність потреб і безмежність ресурсів
 - d) Безмежність ресурсів і обмеженість потреб
- 2) На запитання, що стосуються того, яким повинен бути стан речей (типу “що має бути?”), відповідає...
 - a) ... нормативна економіка
 - b) ... позитивна економіка
 - c) ... соціальна економіка
- 3) Чому крива виробничих можливостей має вид кривої, а не прямої, лінії?
 - a) тому що діє закон економічного зростання
 - b) тому що діє закон зростання альтернативної вартості
 - c) тому що криву намалювати легше, ніж пряму
 - d) правильні відповіді (a) і (b)
- 4) Попит графічно зображається за допомогою спадної кривої, тому що діє...
 - a) ... закон спадних граничних витрат
 - b) ... закон зростаючих граничних витрат
 - c) ... закон спадної граничної корисності
 - d) ... закон зростаючої граничної корисності
- 5) В умовах досконалої конкуренції виробники...
 - a) ... приймають ціну, що склалася на ринку
 - b) ... диктують ринкову ціну
 - c) ... мають законні можливості блокування вступу конкурентів до ринку
- 6) В економічній теорії попитом називається...
 - a) ... кількість товару/послуги, що її бажає і спроможний придбати споживач за різними рівнями цін за інших рівних умов
 - b) ... кількість товару/послуги, що її бажає і спроможний придбати споживач за різними рівнями цін на протязі певного проміжку часу за інших рівних умов

- c) ... кількість товару/послуги, що її спроможний придбати споживач за різними рівнями цін на протязі певного проміжку часу за інших рівних умов
 - d) ... кількість товару/послуги, що її бажає придбати споживач за різними рівнями цін на протязі певного проміжку часу за інших рівних умов
- 7) До детермінантів величини попиту на продукт А відносяться:
- a) Смаки і уподобання (tastes and preferences)
 - b) Кількість покупців (number of buyers)
 - c) Ціна продукту А
 - d) Правильно все, що вказано в (a) і (b)
 - e) Правильно все, що вказано в (a) (b) і (c)
- 8) Цінова еластичність попиту вимірюється:
- a) як відношення відсоткової зміни величини попиту до відсоткової зміни ціни
 - b) як відношення відсоткової зміни ціни до відсоткової зміни попиту
 - c) як відношення відсоткової зміни попиту до відсоткової зміни ціни
 - d) правильно (b) і (c)
- 9) Виробнича або технічна ефективність (technical efficiency) має місце,
- a) ...коли ресурси розподілені таким чином, що будь-який перерозподіл на користь одних призведе до погіршення ситуації інших суб'єктів господарювання
 - b) ...коли фірма виробляє максимально можливий обсяг продукції із заданого набору ресурсів
- 10) Економією масштабу (economies of scale) називається:
- a) Ситуація, за якої граничні витрати зростають із нарощуванням обсягів виробництва
 - b) Ситуація, за якої загальні витрати знижуються із нарощуванням обсягів виробництва
 - c) Ситуація, за якої довгострокові середні витрати знижуються із нарощуванням обсягів виробництва
 - d) Правильно все, що вказано в (a) (b) і (c)
- 11) До систем добровільного фінансування охорони здоров'я відносяться:
- a) Загальне оподаткування

- b) Соціальне медичне страхування
 - c) Приватне страхування
 - d) Все, що вказано в (a), (b) і (c)
 - e) Правильно все, що вказано в (b) і (c)
- 12) Моральною шкодою (moral hazard) у страхуванні називається:
- a) Надмірне зростання пропозиції страхових послуг з боку страхових компаній
 - b) Зростання попиту на медичні послуги внаслідок ризикової поведінки застрахованого, яка виникає за наявності страхового полісу і яка не мала б місце у випадку його відсутності
 - c) Ризик безпідставного підвищення розмірів страхових премій
- 13) Упереджений відбір (adverse selection) у страхуванні виникає як наслідок:
- a) ... зовнішніх ефектів (externalities)
 - b) ... асиметричності інформації (asymmetry of information)
 - c) ... ефекту масштабу (economies of scale)
 - d) ... усі відповіді невірні
- 14) Еталонною конкуренцією (yardstick competition) у сфері охорони здоров'я називається:
- a) Монополістична конкуренція
 - b) Регуляторна цінова політика, згідно з якою середні витрати конкуруючих підприємств/установ приймаються за стандарт оплати послуг провайдера в умовах, близьких до монополії
 - c) Досконала конкуренція, що приймається організаціями охорони здоров'я за еталон організації ринку медичних послуг
 - d) Правильно все, що вказано в (a) і (c)
- 15) Ринок послуг охорони здоров'я за своїми характеристиками наближається до моделей:
- a) досконалої конкуренції
 - b) недосконалої конкуренції
- 16) Характерними особливостями ринку послуг охорони здоров'я є такі:
- a) наявність значних зовнішніх ефектів (externalities)
 - b) асиметричність інформації
 - c) вільний вхід до ринку послуг охорони здоров'я та вихід з нього

- d) прогнозованість та визначеність попиту на послуги охорони здоров'я
- e) усе назване в (a) і (b)
- f) усе назване в (c) і (d)

17) До методів оплати медичних послуг відносяться такі:

- a) бюджетні трансферти
- b) подушна оплата
- c) оплата за випадок захворювання
- d) Правильно все, що вказано в (b) і (c)
- e) Правильно все, що вказано в (a) (b) і (c)

18) керована медична допомога, або керований догляд (managed care) передбачає ...:

- a) ... вільний вибір надавача послуг
- b) ... координацію надання медичних послуг з метою зниження витрат на охорону здоров'я та підвищення якості послуг

УВАГА: Запитання 19-22 відносяться до таблиці, яка ілюструє ринок пломб в місті Н

Ціна 1 пломби (гр.)	Обсяг попиту (пломб у тиждень)	Обсяг пропозиції (пломб у тиждень)
110	130	40
140	105	60
170	80	80
200	55	100
230	30	120

19) За даних умов рівноважна ціна однієї пломби становить:

- a) 140 гр. за 1 пломбу
- b) 170 гр. за 1 пломбу
- c) 200 гр. за 1 пломбу
- d) 55 гр. за 1 пломбу

20) За даних умов рівноважна кількість пломб становить:

- a) 80 пломб
- b) 100 пломб

- c) 130 пломб
 - d) 60 пломб
- 21) Якщо надавані встановлять ціну 200 гр. за пломбу, то (за інших рівних умов) на ринку...
- a) ... виникне дефіцит
 - b) ... виникне надлишок
 - c) ... не виникне ні дефіциту, ні надлишку
- 22) Якщо доходи споживачів збільшились настільки, що це дозволило би їм (за інших рівних умов) придбавати на 45 пломб більше, то на ринку встановиться рівноважна ціна на рівні...
- a) 140 гр. за 1 пломбу
 - b) 170 гр. за 1 пломбу
 - c) 200 гр. за 1 пломбу
 - d) 55 гр. за 1 пломбу
- 23) До методів покриття ризику потенційних витрат відносяться:
- a) приватне страхування
 - b) соціальне страхування
 - c) заощадження
 - d) Правильно все, що вказано в (a) і (b)
 - e) Правильно все, що вказано в (a) (b) і (c)
- 24) Похідним попитом (derived demand) у сфері охорони здоров'я вважається:
- a) Попит на послуги охорони здоров'я
 - b) Попит на здоров'я
 - c) Правильно все, що вказано в (a) і (b)
- 25) Для перешкодження моральному ризику застосовуються:
- a) співоплати (copayments)
 - b) співстрахування (coinsurance)
 - c) Правильно все, що вказано в (a) і (b)

Правильні відповіді: 1b, 2a, 3b, 4c, 5a, 6b, 7c, 8a, 9b, 10c, 11c, 12b, 13b, 14b, 15b, 16e, 17e, 18b, 19b, 20a, 21b, 22c, 23e, 24a, 25c.